DE UITVOERBAARHEID VAN PERIODIEK GENEESKUNDIG ONDERZOEK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Z
890

RvZ
2081

Dr. R. J. VAN ZONNEVELD
Laan van Oud Poelgeest 4
2341 NJ OEGSTGEEST

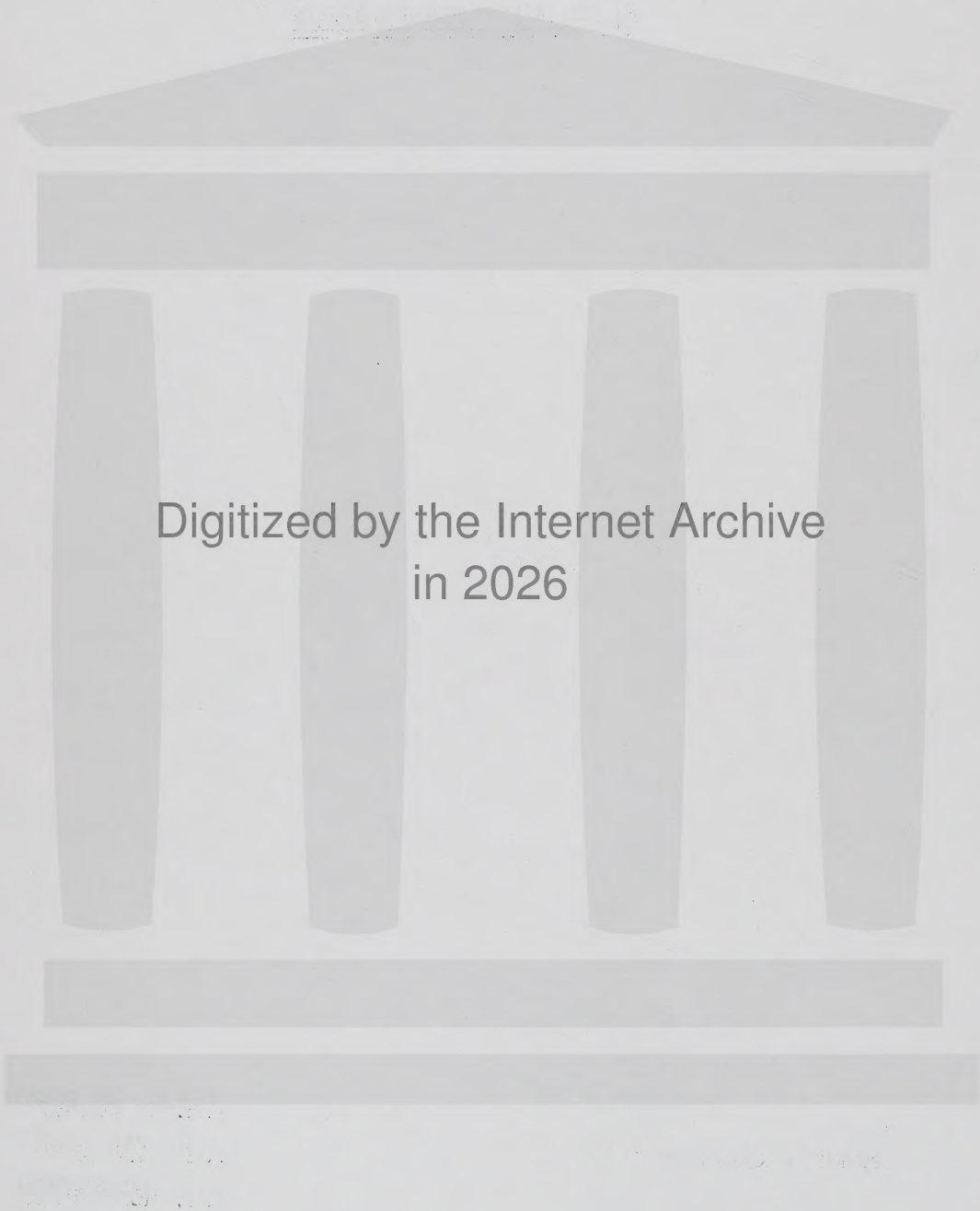
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE TNO

DE UITVOERBAARHEID VAN PERIODIEK GENEESKUNDIG ONDERZOEK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

J.H.N. DE BRUYN
W.H. VAN DIJK
W.A. ROESSINGH

Leiden, december 1966

Nederlands Instituut
voor Gerontologie
nformatie-& documentatiecentrum
Kaap Hoorndreef 72
3563 AW Utrecht
Z 1890


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/deuitvoerbaarhei0000vari

INHOUD

		blz.
	Voorwoord	1
1.	Inleiding	2
1.1.	Probleemstelling	2
1.2.	Definiëring van de gehanteerde begrippen	3
1.3.	Verantwoording werkwijze	4
2.	Verslag	6
2.1.	Bespreking literatuuronderzoek en -verwerking	6
2.1.1.	Wie dient p.g.o te verrichten?	6
2.1.2.	Invloeden op de uitvoerbaarheid	6
2.1.3.	Tijdsfactor	7
2.1.4.	Financiële consequenties	9
2.1.5.	Andere factoren	9
2.1.6.	Gericht p.g.o.	9
2.2.	Bespreking eigen onderzoek	11
2.2.1.	Bewerkingsmethode	11
2.2.2.	Conclusies	22
3.	Vergelijking van de resultaten van eigen onderzoek met de literatuurgegevens	23
4.	Samenvatting	24
5.	Bijlagen	
6.	Literatuuroverzicht	

VOORWOORD.

Deze scriptie kon tot stand komen dank zij de medewerking van enkele honderden huisartsen, die aan onze enquête deelnamen.
Immers zij waren het, die ons met het onderzoek over de uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek verder moesten helpen. Dat bijna 90 % van de geënquêteerden reageerde op onze enquête is een bijzonder verheugend feit.
Dit geschiedde bovendien in een periode van spanningen en conflicten tussen huisartsen en ziekenfondsen, waarin een slechter resultaat zeker denkbaar geweest zou kunnen zijn.
Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO verleende alle medewerking om het onderzoek te doen slagen.
Het is niet mogelijk iedereen dank te zeggen, wiens daadwerkelijke hulp tot deze scriptie heeft bijgedragen. Een uitzondering willen wij echter maken voor de heren P.van Leeuwen en J.J. Moolenbel, die ons aanzienlijke hulp verleend hebben bij het verwerken van de vele gegevens.
Wij hopen dat dit epidemiologisch onderzoek een bijdrage kan leveren over de uitvoerbaarheid van preventief geneeskundige werkzaamheden in de huisartsenpraktijk.

1.1. Probleemstelling.

Naast de curatieve geneeskunde heeft, vooral na de tweede wereldoorlog, de praeventieve geneeskunde zich met grote snelheid ontwikkeld tot een volwaardige tak van de medische wetenschap. Ook in de huisartsenpraktijk begint de praeventie steeds meer tijd en aandacht te vragen van de medicus practicus. Één van de wijzen, waarop praeventie in de huisartsenpraktijk zou kunnen worden toegepast, wordt gevormd door het verrichten van een periodiek geneeskundig onderzoek. (afgekort: p.g.o.).
In de laatste 10 jaren zijn verschillende Nederlandse publicaties verschenen over p.g.o., zowel in tijdschriften als in de vorm van dissertaties. Door de "Gezondheidsraad" (1960), de "Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst"(1960) en het "Nederlands Huisartsengenootschap" (1961) werden rapporten uitgebracht over dit onderwerp.
Zowel over de praktische vorm van een p.g.o. en de wenselijkheid ervan, als over de uitvoerbaarheid, blijken grote meningsverschillen te heersen. De tijdschriftartikelen en dissertaties beperken zich dan ook meestal tot één bepaalde vorm van p.g.o., bv. bejaardenonderzoek of onderzoek op tuberculose, of tot een algemeen of gericht p.g.o., toegepast in één of enkele huisartspraktijken of door een medische dienst. Vrijwel alle rapporten en publicaties resulteren in algemene of meer gerichte aanbevelingen of adviezen, gebaseerd op deze casuïstische mededelingen, in combinatie met theoretische overwegingen. Slechts in één ervan komt men tot de conclusie, dat beantwoording van de gestelde vragen betreffende uitvoerbaarheid, uitvoering en wenselijkheid zonder meer, op deze wijze onmogelijk is (N.H.G.-rapport).
Beter dan het trekken van conclusies betreffende de uitvoerbaarheid van p.g.o. in de huisartspraktijk in het algemeen uit enkele experimenten, lijkt echter de beantwoording van de op dit onderwerp betrekking hebbende problemen door een onderzoek bij alle Nederlandse huisartsen of bij een aselecte maar representatieve steekproef van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Een dergelijk onderzoek zou dienen te omvatten de uitvoerbaarheid, de wenselijkheid en de praktische uitvoering van het p.g.o.
Daar praktische uitvoering en wenselijkheid afhankelijk zijn van de uitvoerbaarheid en omgekeerd, hebben wij gemeend, primair een onderzoek te moeten instellen naar de uitvoerbaarheid van p.g.o. in de huisartspraktijk. Hierbij werd bewust gekozen voor het enquête-systeem bij een aselect gekozen groep Nederlandse huisartsen, teneinde een inzicht te verkrijgen in de meningen, die aangaande dit onderwerp heersen bij een voor alle Nederlandse huisartsen representatieve groep. Door vergelijking van de resultaten van ons onderzoek met die van de tot nu toe verschenen literatuur meenden wij te kunnen komen tot een wat beter gedocumenteerd oordeel over de uitvoerbaarheid van p.g.o. door Nederlandse huisartsen.

.2. Definiëring van de gehanteerde begrippen.

Onder een periodiek geneeskundig onderzoek (p.g.o.) wordt verstaan: een op gezette tijden herhaald diagnostisch onderzoek van personen, die zich niet eigener beweging met een verzoek om hulp of advies tot een behandelend arts gewend hebben. (1960 Gezondheidsraad). Dit p.g.o. dient alleen te geschieden op basis van vrijwilligheid van de kant van de betrokkene teneinde de arts-patiëntrelatie niet te schaden. (1964 Lashof + Turner). Er wordt hier wel gesproken van "cliënten", in tegenstelling tot "patiënten", die zelf om hulp komen bij de huisarts. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen algemeen en gericht p.g.o.

Onder algemeen p.g.o. wordt verstaan: een op gezette tijden herhaald geneeskundig onderzoek van personen, zoals gebruikelijk bij een "grote medische keuring", dat niet alleen een somatisch onderzoek omvat, maar ook een oriëntering naar de psychische toestand en de sociale omstandigheden van de onderzochte, eventueel uitgebreid met andere onderzoekmethoden, zoals een aanvullend bloedonderzoek, Röntgenonderzoek, rectaal-en vaginaaltoucher en oor- of oogspiegelonderzoek. Dit p.g.o. kan toegepast worden op een gehele bevolking of op bevolkingsgroepen.

Onder gericht p.g.o. wordt verstaan: een op gezette tijden herhaald medisch onderzoek van personen, dat gericht is op het opsporen van bepaalde aandoeningen. Van dit gericht p.g.o. zijn twee toepassingsvormen mogelijk, de zgn. "monophasic screening" en de "Multiple screening", al naar gelang één of meer onderzoekingen verricht worden. Bij het vinden van pathologische uitkomsten kan de betreffende patiënt aan een nader onderzoek onderworpen worden. Zowel bij het algemene als bij het gerichte p.g.o. is het doel niet alleen bepaalde, tevoren vastgestelde afwijkingen op het spoor te komen, maar ook allerlei andere nog niet herkende afwijkingen (1966 Bergsma).

Onder uitvoerbaarheid van p.g.o. door de huisarts wordt verstaan: de mogelijkheid, een dergelijk onderzoek uit te voeren in de bestaande Nederlandse situatie t.a.v. huisartspraktijken.

Als praktisch hulpmiddel bij de oriëntering naar de uitvoerbaarheid van p.g.o. werd gebruik gemaakt van een schriftelijke enquête van 10 % van de gehele Nederlandse huisartsenpopulatie.

Onder een aselecte steekproef wordt verstaan: een gedeelte van de totale populatie dat door aard en omvang representatief geacht mag worden voor de gehele populatie.

Als huisartsen worden beschouwd: alle officiëel geregistreerde artsen die in Nederland de huisartspraktijk uitoefenen, al of niet apotheek houdend.

Onder urbanisatiegraad wordt verstaan: de graad van verstedelijking van de gemeente van inwoning. De gemeenten zijn ter classificering ingedeeld in hoofd-en subgroepen, volgens het C.B.S. (zie bijlage III).

.3. Verantwoording werkwijze.

1.3.1. Bespreking methode.

1.3.1.1. Literatuur onderzoek

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden werd primair nagegaan, wat in de medische literatuur over de uitvoerbaarheid van p.g.o. gepubliceerd is. Daar het onderzæk in Nederland plaats vond werd voornamelijk Nederlandse vakliteratuur geraadpleegd (zie literatuurlijst). De belangrijkste gegevens hieruit werden verzameld teneinde een conclusie te trekken die zou kunnen leiden tot een hypothese aangaande de uitvoerbaarheid van p.g.o.

1.3.1.2. Eigen onderzoek

Het eigen onderzoek werd uitgevoerd door middel van een enquête onder de Nederlandse huisartsen in de vorm van een enquête bij een aselecte steekproef van 10 % van de gehele huisartsen-populatie. (zie bijlage I). De vragen op het enquête-formulier werden eenvoudig gesteld teneinde het aantal misverstanden bij de beantwoording zo gering mogelijk te houden. De beantwoording van de vragen kon grotendeels in de ja - neen vorm gegeven worden en beperkte zich verder tot 2 getallen (leeftijd en aantal jaren praktijk) en eventueel een korte aanvulling onder vraag 5. Deze vorm werd gekozen om het invullen van het formulier niet tijdrovend te doen zijn en om de beantwoording op eenvoudige wijze te kunnen verwerken, in de veronderstelling op deze manier een maximum aan ingevulde antwoordformulieren terug te ontvangen. Om deze reden werden andere vragen, bijvoorbeeld betreffende praktijkgrootte weggelaten evenals een uitvoerig begeleidend schrijven. Uit andere bronnen werden voor ons onderzoek belangrijke gegevens verzameld, zoals apotheekhoudend of niet apotheekhoudend, jaar van afstuderen, wel of niet gepromoveerd en de urbanisatiegraad. Als nadeel van deze werkwijze zou kunnen worden aangevoerd, dat een uitgebreid gedifferentieerde beantwoording van de vragen niet mogelijk was, en dat relatief gemakkelijk enig misverstand betreffende de gestelde vragen zou kunnen ontstaan.
Door middel van het verrichte onderzoek werd een opiniepeiling verkregen betreffende de uitvoerbaarheid van p.g.o. in de huisartspraktijk en werd getracht de bereidheid van de huisartsen tot het verrichten van p.g.o. te meten.
Uit de enquête kwamen ongevraagd nog enige nieuwe gegevens te voorschijn welke door sommige geënquêteerden spontaan verstrekt werden. Enkele ervan konden in het onderzoek verwerkt worden.
Toen na twee weken 60 % van de antwoordformulieren was terug ontvangen werd aan de resterende 40 % een rappel toegezonden. (zie bijlage II).
Weer 2 weken later werd het onderzoek afgesloten.

Op dit ogenblik was 81 % van de uitgezonden kaarten ingevuld geretourneerd. Van de overblijvende 19 % werd 1/3 deel aselect aangewezen en telefonisch benaderd. De telefonische vraagstelling betrof primair de reden van niet-inzenden. Nadien werd getracht via de telefoon beantwoording van de enquête-vragen te verkrijgen. De telefonisch benaderde groep werd representatief geacht voor het totaal aantal artsen dat geen formulier had teruggestuurd. Door vergelijking van deze groep met de groep die het formulier wel geretourneerd had, kon inzicht verkregen worden in de totale geënquêteerde groep.

2. Verslag.

2.1. Bespreking literatuuronderzoek en -verwerking.

Over de uitvoerbaarheid van p.g.o. in de huisartspraktijk in Nederland zijn tot nu toe weinig publicaties verschenen. In het algemeen wordt wel uitvoerig ingegaan op wenselijkheid en vorm van p.g.o. en op de organisatie hiervan. Zijdelings wordt de uitvoerbaarheid in verband hiermede besproken.

2.1.1. Wie dient een eventueel p.g.o. te verrichten?

In vrijwel alle publicaties wordt de huisarts beschouwd als de centrale figuur, die het p.g.o. dient uit te voeren (1957 Lahr.; 1959 Mertens; 1966 Bergsma). Hij is hiervoor de aangewezen persoon die beschikt over vroegere gegevens en die een eventuele therapie ten gevolge van de bevindingen van het p.g.o. kan effectueren. Ook berust bij hem de kennis van de psychosociale achtergronden van de onderzochten (1958 Lahr).

2.1.2. Invloeden op de uitvoerbaarheid.

Welke factoren worden van invloed geacht op de uitvoerbaarheid van p.g.o. door de huisarts? In de eerste plaats speelt de bereidheid van de arts tot het verrichten van het onderzoek een belangrijke rol.
Deze bereidheid is afhankelijk van (1960 Mertens):
a. de belangstelling voor en de visie op het nut van p.g.o.
b. de omvang van de administratie die het p.g.o. zal vergen
c. de tijd die het onderzoek vergt
d. de honorering die voor het onderzoek ontvangen zal worden.

Over de belangstelling van de huisartsen voor p.g.o. schrijft in 1966 Beek dat waarschijnlijk slechts enkele huisartsen in Nederland geneigd zijn p.g.o. in hun praktijkvoering op te nemen. Hij acht de opleiding van de huisarts van groot belang. Ook Wassink (1946) vraagt zich af of de huisarts gezien zijn huidige wijze van werken en zijn opleiding wel in staat is en bereid zal zijn tot p.g.o.
Lahr (1958) zou hiertoe een speciale opleiding na het artsexamen willen invoeren. Hij stelt nog andere desiderata aan de huisarts en aan zijn manier van werken, o.a. een goed kaartsysteem, de hulp van een doktersassistente en de beschikking over een behoorlijk laboratorium. Bergsma (1966) meent dat de standaard-uitrusting van de huisarts onvoldoende is voor het verrichten van p.g.o. De mogelijkheid voor Röntgenonderzoek, rectoscopie en het maken van een E.C.G. acht hij noodzakelijk. Velen zijn van mening dat de medewerking van het publiek ruim voldoende is. Van der Heide (1959) vond een positieve instelling t.a.v. p.g.o. bij 52,5%, Van de Dool (1960) 88%, Bekius (1963) 97 % en Ten Cate (1965) 73 %.

2.1.3. Tijdfactor.

De grootste belemmerende factor die bij vrijwel alle schrijvers naar voren komt wordt gevormd door het tijdgebrek. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat dit tijdgebrek van de huisarts in de toekomst nog zal toenemen door dat het aantal huisartspraktijken afneemt waardoor de nog bestaande praktijken steeds groter worden. Daarnaast ziet men door veranderingen in de maatschappij dat ook de artsen de 5-daagse werkweek en de 8-9-urige werkdag als norm gaan stellen.
Van der Heide (1959) stelt dat p.g.o. tot een acute vermeerdering van het werk van de huisarts zal leiden doordat vele afwijkingen gevonden worden welke behandeling vereisen. Wassink (1946) stelt dat p.g.o. in een huisartspraktijk verricht bij personen boven 40 jaar bij een frequentie van 1 x per jaar, 8,5 uur per week kost per 1.000 zielen. Dit zou dus inhouden, dat in een "normatieve" praktijk geen tijd zal zijn voor een dergelijk p.g.o. De Langen (1957) vindt dat in een praktijk van 2.500 zielen het verrichten van algemeen p.g.o. bij alle personen boven 40 jaar een halve dagtaak zou vormen. Hij acht gericht p.g.o. beter uitvoerbaar. Lahr (1958) schrijft dat p.g.o. in de grote praktijken ook in de toekomst onmogelijk zal zijn door tijdgebrek van de arts en stelt daarbij de vraag of het p.g.o. de verdere normale medische voorzieningen zal doen afnemen of toenemen. Hij acht p.g.o. waarschijnlijk mogelijk bij praktijken van 1.500 - 2.000 zielen. In een rapport van de Gezondheidsraad (1960) wordt een tijdschatting gegeven voor p.g.o. in een huisartspraktijk. Er zouden 6 - 7 uur per week nodig zijn in een praktijk van 2.000 zielen. Wanneer contrôle van zuigelingen, kleuters en zwangeren zouden kunnen vervallen, doordat dit elders geschiedt, of op andere wijze in de normale dagtaak geïntegreerd is, zou volstaan kunnen worden met onderzoek van een groep boven 40 jaar. Dit zou twee uur per week kosten.
Van der Wielen (1960) is van mening, dat de huisarts in ons land,met een gemiddelde praktijk-grootte van 2.500 zielen, voortdurend in tijdnood verkeert. Beek (1966) geeft aan dat een algemeen p.g.o. in de vorm, zoals tot dusver werd uitgevoerd, voor algemene toepassing niet uitvoerbaar is. Per jaar zouden - uitgaand van 4.665 huisartsen in Nederland met een gemiddelde praktijk van 2.850 zielen - 540 personen per jaar onderzocht dienen te worden, d.i. ongeveer 2 per dag. Hoewel een vorm van "multiple screening" veel minder tijd zou kosten is hij van mening, dat - gezien de lichte absolute, maar sterkere relatieve afname van het aantal huisartsen, waardoor een stijgend huisartsentekort dreigt te ontstaan - ook hiervoor te weinig huisartsen tijd zullen vinden. Van den Dool (1960) vond dat voor het gehele onderzoek van een praktijk van 3.000 zielen in een periode van 3 jaar weke-

lijks 3 à 4 halve dagen nodig zijn. Van der Heide (1959) berekent dat zich in een praktijk van 3.000 zielen 1.200 personen boven 40 jaar bevinden. Het onderzoek van deze personen binnen 1 jaar zou ongeveer 5 werkuren per dag vergen. Hij acht het daarom beter het onderzoek over jaargroepen van 5 jaar te spreiden. Jaarlijks zouden dan ruim 200 personen onderzocht moeten worden hetgeen ca. 1 uur per dag in beslag zou nemen.

De tijd, nodig voor p.g.o. is afhankelijk van de periodieke frequentie van het onderzoek, van de grootte van de te onderzoeken groep, van het percentage deelnemers, van de omvang van het onderzoek en van de accommodatie en assistentie in de praktijk, van de snelheid van werken van de arts en van de leeftijds-opbouw van de praktijk.

De vraag kan gesteld worden, of p.g.o. tijdwinst voor de arts kan opleveren. Bergsma (1966) meent dat de huisarts in de toekomst, ten gevolge van een relatieve daling van het aantal huisartspraktijken en een steeds intensiever wordende medische en sociale verzorging van zijn patiënten, in toenemende mate met werk zal worden belast. Hij vond dat algemeen p.g.o. met een frequentie van 1 x per jaar bij de groep boven 40 jaar in een praktijk van 2.500 zielen bij voldoende assistentie 1/3 deel van het totale aantal werkuren zou vragen, bij onvoldoende hulp kost dit 50 % van de werktijd. Hij stelt dat algemeen p.g.o. een acute werkvermeerdering met dreigende overbelasting ten gevolge heeft door "activering" van vele oude, niet genezen maar tot rust gekomen klachten. De conclusie van Bergsma is dat algemeen p.g.o. met periodiciteit van 1 jaar niet mogelijk is.

Ook acht hij ongericht p.g.o. met selectie door middel van een schriftelijke anamnese niet te verwezenlijken, tenzij de praktijkgrootte daalt tot 1.000-1.500 personen. Een kleine praktijk zou echter op den duur tot gebrek aan ervaring kunnen leiden.

Fuldauer (1966) schrijft dat de uitvoerbaarheid van algemeen lichamelijk p.g.o. bij bejaarden, gezien de tijd die dit in zijn praktijk vergde, nl. 45 min. per onderzoek van de arts en 45 min. van zijn assistente, niet mogelijk is in een normatieve praktijk van 3.000 patiënten met een voor Nederland gemiddeld aantal bejaarden van 9,5 %.

Beek (1966) concludeert dat het verrichten van p.g.o. in de huisartspraktijk door de thans in functie zijnde huisartsen landelijk niet mogelijk is door het tekort aan huisartsen en doordat er slechts enkele huisartsen geneigd zijn p.g.o. op te nemen in de praktijkvoering. Hij beschrijft het experiment waarbij door 10 huisartsen gedurende 40 weken 1 patiënt per week onderzocht zou worden, aangevuld met een psycho-sociale anamnese. Slechts 1 van de 10 huisartsen is hierin geslaagd. De factor tijdnood werd door de anderen opgegeven als de belangrijkste voor het tekort schieten. In de plaats van de voorgenomen 400 patiënten werden er slechts 202 onderzocht.

De artsen zelf gaven als hun oordeel dat p.g.o. wel nuttig en wenselijk is maar niet uitvoerbaar.

2.1.4. Financiële consequenties.

Lahr (1958) meent dat voor uitvoering van p.g.o. in de huisartspraktijk het huisartsenhonorarium hoger gesteld zal moeten worden. De regering zal meer geld voor preventieve gezondheidszorg - ook in de sfeer van de huisarts - beschikbaar dienen te stellen. Querido (1958) berekende dat van de kosten van de gezondheidszorg 90 % aangewend wordt voor curatieve hulp en slechts 7 % voor preventieve doeleinden. Mertens (1960) berekende dat in 1959 p.g.o. voor alle personen boven 40 jaar met een frequentie van 1 x per 5 jaar en boven de 60 jaar 1 x per 2 à 3 jaar met deelname van alle huisartsen *f.* 15.160.000.- per jaar zou kosten, exclusief bijkomende kosten voor laboratoriumonderzoek.administratie en eventueel specialistisch onderzoek. Ten Cate (1965) becijferde dat de kosten van één onderzoek, inclusief eenvoudige laboratoriumonderzoek *f.*20.- per persoon zouden bedragen.
De bereidheid van de arts tot het verrichten van p.g.o. acht hij ook afhankelijk van de honorering. Ook van den Dool (1960) is deze mening toegedaan, evenals Bergsma (1966). Naast de mening dat preventieve gezondheidszorg in ruimere mate door de regering gefinancierd dient te worden vindt men ook de opvatting, dat de ziekenfondsen op dit punt in hun taak tekort schieten. Heringa (1965) vindt het formeel ontbreken van het preventieve werk in het ziekenfonds-contract een vitium originis. Fuldauer (1966) meent, dat een gericht p.g.o. door de ziekenfondsen gehonoreerd zal moeten worden.

2.1.5. Andere factoren.

Naast tijdgebrek en ontbrekende honorering somt Bergsma (1966) een groot aantal bezwaren van huisartsen om deel te nemen aan p.g.o. op. Vele hiervan zijn steeds weer terug te herleiden naar het gebrek aan tijd. Van geheel andere aard echter is het argument dat een verricht p.g.o. de patiënt dikwijls ten onrechte zou geruststellen. Ook zouden ernstige stoornissen, optredend na een met gunstige uitslag verricht p.g.o., de relatie tussen arts en patiënt kunnen verstoren. Bovendien is het werk op den duur nogal eentonig, waardoor de bereidheid van de huisarts, om voort te gaan met een longitudinaal onderzoek mogelijk zou afnemen.

2.1.6. Gericht p.g.o.

Over het gerichte p.g.o. bestaan andere meningen dan over het algemene p.g.o. Van den Dool (1960) wijst erop dat bij "multiple screening" veel werk door hulpkrachten verricht kan worden. Bij gevonden afwijkingen volgt dan een volledig onderzoek. Deze wijze van werken lijkt hem het best uitvoerbaar, zowel uit het oogpunt van tijd- als van kostenbesparing.

Hierbij ontbreken echter de psycho-sociale gegevens van een uitgebreid preventief onderzoek. Fuldauer (1966) acht een gericht lichamelijk onderzoek van alle bejaarden in een huisartsenpraktijk 1 x per 2 jaren mogelijk. Als dit zoveel mogelijk verricht wordt in combinatie met een consult of visite wanneer de patiënt om hulp vraagt zou dit ca. 20 minuten per patiënt kosten. Bij een goed georganiseerd en volgens aanwijzingen en schema van de schrijver uitgevoerd gericht p.g.o. komt hij tot de wel zéér optimistische conclusie dat dit niet meer dan 7 minuten per dag zou kosten en dus wel uitvoerbaar zou zijn.
Bergsma (1966) stelt eveneens dat bij gericht p.g.o. veel werk door hulpkrachten kan worden verricht. Hij vermeldt, dat bij gericht p.g.o. de mogelijkheid bestaat, in korte tijd en bij goede organisatie bij een groot aantal personen één of meer bepalingen te doen. Wel acht hij de inbouw van p.g.o. in de eigen praktijkvoering slechts mogelijk als de praktijk een geografisch omschreven gebied omvat. Beek (1966) tenslotte zegt, dat gericht onderzoek, na voorsortering, met gebruik making van vele hulpkrachten, uitvoerbaar is met de eigen huisarts als centrale figuur. Het vaststellen van de frequentie van het onderzoek is echter uiterst moeilijk.

2.2. Bespreking eigen onderzoek

In oktober 1966 vond een huisartsenenquête plaats volgens de methode, beschreven onder punt 1.3.1.2. Volgens de artsenregistratie 1965 van de "Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid" bedroeg het aantal huisartsen in Nederland op 1 januari 1964: 4.587 en op 1 januari 1965: 4.416 (waarvan 32,04 % apothèekhoudend). Het aantal geënquêteerde huisartsen bedroeg 448 (d.i. 10 % van het totale aantal geregistreerde huisartsen in oktober 1966.
Daar 13 van de 448 geënquêteerden mededeelden, dat zij geen huisartsenpraktijk meer uitoefenen dient het totaal van de praktiserende huisartsen in oktober 1966 gesteld te worden op circa 4350. De afname van het aantal huisartsen in 1965 ten opzichte van 1964 zet zich dus in 1966 voort.
Van de geënquêteerde steekproef bleek 28,4 % apotheekhoudend te zijn, dus een lager percentage dan op 1 januari 1965 werd geregistreerd. Eén en ander is te verklaren door de geleidelijke urbanisatie van Nederland. Onderstaande tabel geeft een beeld van de beantwoording.

Beantwoording HUISARTSEN-ENQUETE

Omschrijving	Aantal		% v.d. steekproef	
Schriftelijke antwoorden	363	390	81,03 %	87,06 %
Telefonische antwoorden	27		6,03 %	
Onbeantwoord	58		12,94 %	
10 % steekproef v.d. geregistreerde huisartsen	448		100 %	
Totaal geregistreerde huisartsen	4480			

Van de 390 antwoorden, die ontvangen werden, bleken 17 niet bruikbaar te zijn, daar de formulieren niet of vrijwel niet waren ingevuld en wel om de volgende redenen:
- praktijk neergelegd: 13
- als waarnemer werkzaam en onvoldoende ervaring: 1
- geen direkt oordeel mogelijk bij telefonische benadering: 3 (afwezigheid: 2, geen brief ontvangen: 1)

Voor de verdere berekeningen werd daarom uitgegaan van de resterende 373 geënquêteerden.

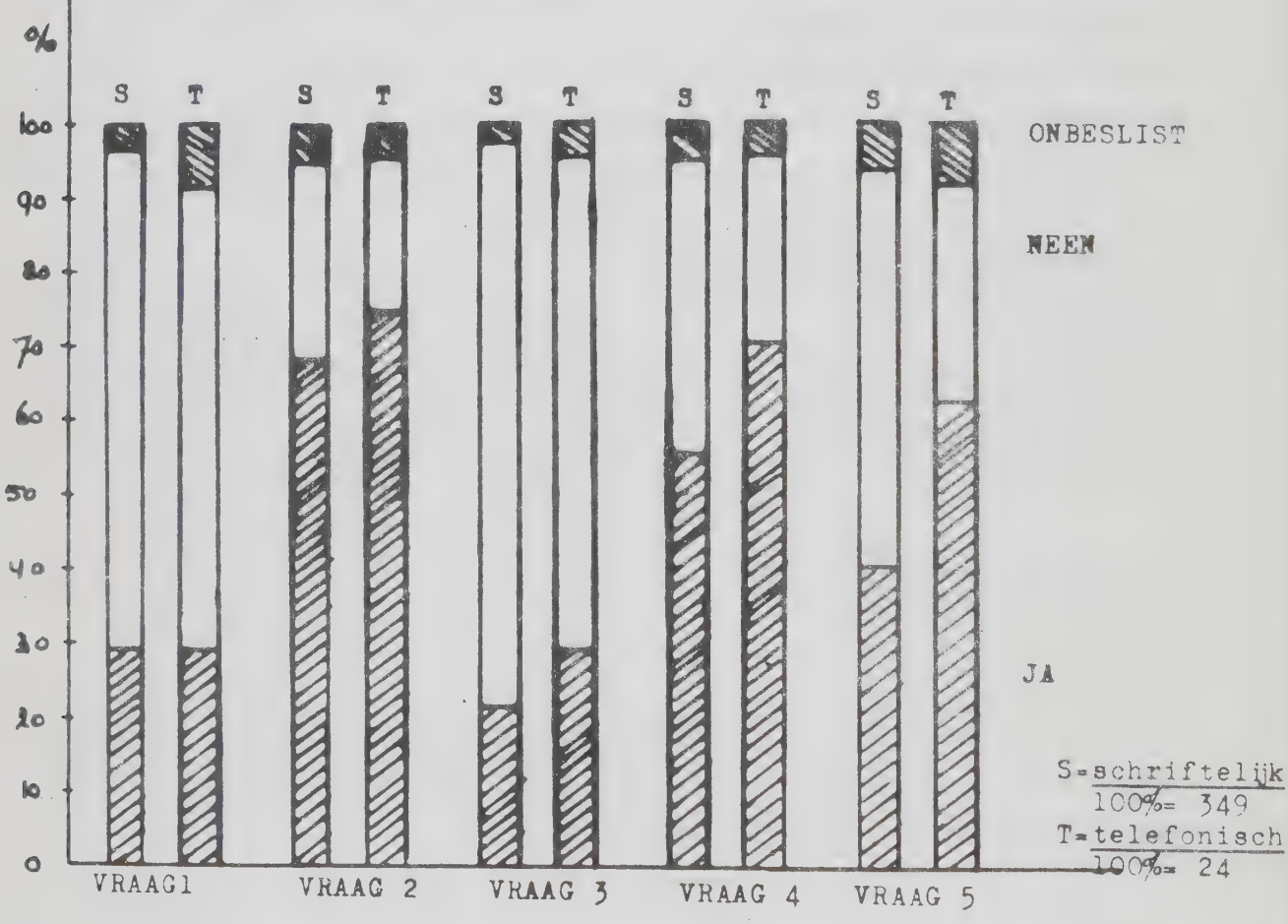
2.2.1 Bewerkingsmethode

Van primair belang leek een telling van de beantwoording van de vragen 1 t/m 5 van het enquête-formulier. De vragen luidden als volgt:

Vraag 1: Acht U periodiek algemeen lichamelijk onderzoek in de huisartspraktijk in het algemeen uitvoerbaar?

Vraag 2: Acht U gericht periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk in het algemeen uitvoerbaar?

PROCENTUELE VERDELING VAN DE ANTWOORDEN OP VRAAG 1 T/M 5
NAAR WYZE VAN BEANTWOORDEN



S=schriftelijk
100%= 349
T=telefonisch
100%= 24

Vraag 3: Acht U periodiek algemeen lichamelijk onderzoek in Uw praktijk uitvoerbaar?

Vraag 4: Acht U gericht periodiek geneeskundig onderzoek in Uw praktijk uitvoerbaar?

Vraag 5: Als U verzoeken bereiken om aan één van deze vormen van geneeskundig onderzoek mede te werken, bent U hiertoe dan bereid?

Het resultaat was als volgt:

BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN 1 t/m 5 DOOR 373 GEENQUETEERDEN NAAR WIJZE VAN BEANTWOORDEN

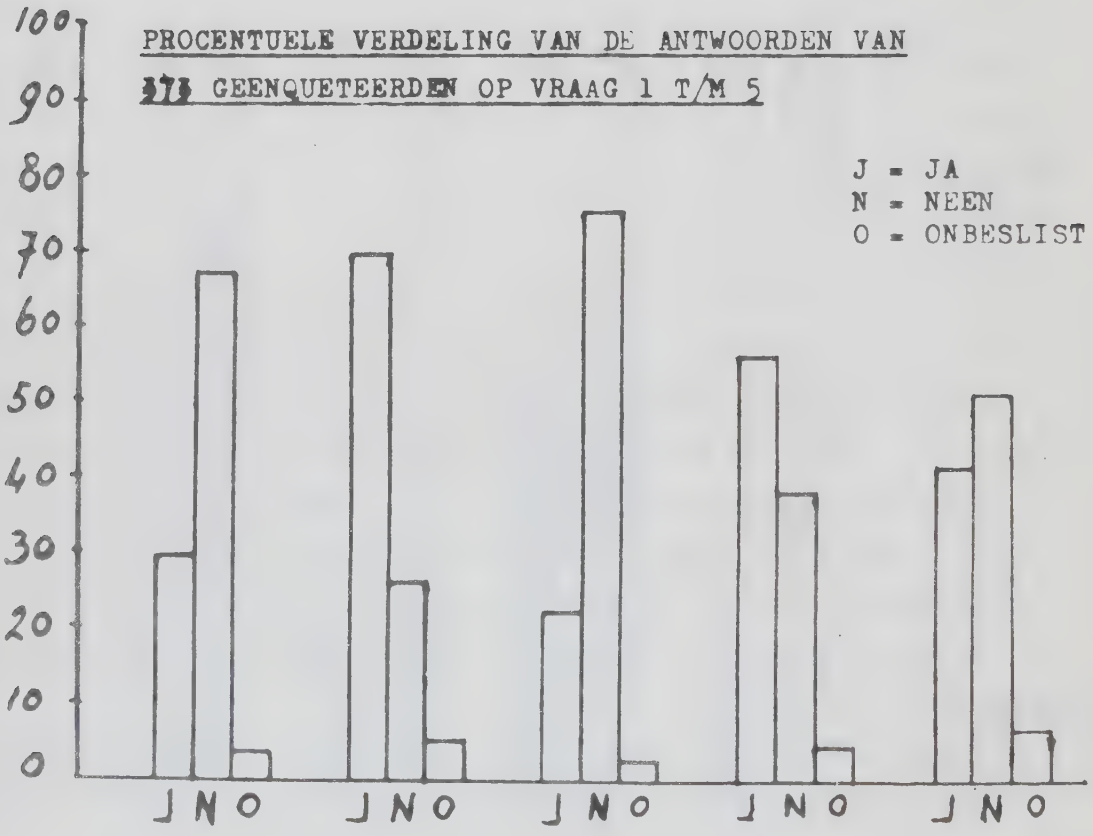
	Schriftelijke antwoorden in %			Tel.antwoorden in %		
	ja	neen	onbeslist	ja	neen	onbeslist
Vraag 1	29,5	67,3	3,2	29,2	62,5	8,3
Vraag 2	68,5	26,3	5,2	75,0	20,8	4,2
Vraag 3	21,8	75,6	2,6	29,2	66,7	4,2
Vraag 4	55,6	39,5	4,9	70,8	25,0	4,2
Vraag 5	40,4	53,3	6,3	62,5	29,2	8,3

Uit deze tabel blijkt dat de schriftelijke ja-antwoorden op de vragen 1 t/m 4 procentueel weinig verschillen van de telefonische ja-antwoorden. Slechts bij vraag 5 ligt het percentage telefonische ja-antwoorden duidelijk hoger. De telefonische neen-antwoorden op alle vragen lagen procentueel wat lager dan de schriftelijke neen-antwoorden. Het percentage "onbeslisten" was groter in de telefonisch benaderde groep. De vraag lijkt gewettigd of hier sprake is van beïnvloeding van het antwoord door de direkte persoonlijke benadering door de telefoon.

Bij statistische bewerking blijkt, dat de beantwoording van de vragen 1,2 en 3 door de groepen weinig verschil vertonen, statistisch niet significant, dat de beantwoording van de vragen 4 en 5 een wat groter verschil tussen de 2 groepen te zien geeft, echter niet significant, (grootste verschil: $X^2_{(4)} = 3{,}71$; $P \cong 0{,}055$), dat het groter aantal "onbeslisten" van de "telefoongroep" statistisch niet significant is.

Gezien de geringe verschillen tussen beide groepen werd de telefonisch benaderde groep samengetrokken met de groep, die op de brieven heeft geantwoord voor de verdere berekening en beschouwingen.

De volgende getallen geven inzicht in de opbouw van de geënquêteerde groep huisartsen (okt.'66) in vergelijking met alle geregistreerde huisartsen (jan.'65).


PROCENTUELE VERDELING VAN DE ANTWOORDEN VAN
GEENQUETEERDEN OP VRAAG 1 T/M 5
J = JA
N = NEEN
O = ONBESLIST
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
J N O
J N O
J N O
J N O
J N O

Omschrijving	Huisartsen-enquête okt.1966 (448 pers.)	Alle geregistreerde huisartsen 1-1-'65 (4416 pers.)
Geslacht: mannelijk	97,8 %	96,2 %
vrouwlijk	2,2 %	3,8 %
Apotheek: A-houdend	28,4 %	32,0 %
niet A-houdend	71,6 %	68,0 %
Promotie: gepromoveerd	4,7 %	----
niet-gepromoveerd	95,3 %	----

Hieruit blijkt dat een onderzoek naar de beantwoording van de vragen, ingedeeld naar geslacht of naar al of niet gepromoveerd-zijn geen zin heeft door de kleine aantallen vrouwelijke en gepromoveerde huisartsen. Wel leek van belang, na te gaan of de vragen 1 t/m 5 door apotheekhoudende huisartsen anders werden beantwoord dan door niet apotheekhoudende.
Op deze wijze ontstonden de getallen uit de volgende tabel:

BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN 1 t/m 5 DOOR 373 GEENQUETEERDEN IN PROCENTEN

	ja	neen	onbeslist
Vraag 1	29,5	67,0	3,5
Vraag 2	68,9	26,0	5,1
Vraag 3	22,3	75,1	2,7
Vraag 4	56,6	38,6	4,8
Vraag 5	41,8	51,7	6,4

Bij beschouwing van de antwoorden op vraag 1 blijkt dat 29,5 % van de geënquêteerde huisartsen de toepassing van algemeen p.g.o. in het algemeen wel uitvoerbaar acht; de meerderheid (67,0 %) echter niet, terwijl 3,5 % hierover geen gefundeerde mening heeft gegeven.
Bij beantwoording van vraag 2 blijkt echter dat 68,9 % gericht p.g.o. in het algemeen wel uitvoerbaar acht, slechts 26,0 % meent dat dit niet mogelijk is terwijl 5,1 % hierover geen uitspraak deed. Een overgrote meerderheid acht dit gerichte p.g.o. dus uitvoerbaar.
Hieruit blijkt dat de vorm van het p.g.o., namelijk het gericht-zijn, van essentieel belang geacht wordt voor de uitvoerbaarheid.
Ook bij de beantwoording van de vragen 3 en 4 blijkt deze opvatting duidelijk aanwezig te zijn.
Op vraag 3 antwoordt 22,3% dat algemeen p.g.o. in de eigen praktijk uitvoerbaar geacht wordt, 75,1 % acht dit onuitvoerbaar en 2,7 % geeft hierover geen mening.

De beantwoording van vraag 4 vertoont weer een omgekeerd beeld: 56,6 % meent, dat gericht p.g.o. in de eigen praktijk uitvoerbaar is, 38,6 % acht dit onuitvoerbaar terwijl 4,8 % hierover geen uitspraak kan doen.
Daar de uitvoerbaarheid van elke vorm van p.g.o. staat of valt met de bereidheid tot medewerking van de arts is de beantwoording van vraag 5 van groot belang. Het is derhalve bijzonder instructief uit de enquête te kunnen opmaken, dat , ondanks het feit dat steeds meer geschreven en gesproken wordt over "statusverlies" en "ontevredenheid" van "de huisarts" en zelfs hier en daar de term "vlucht van de huisarts uit de praktijk" gebezigd wordt, in een periode, waarin het conflict tussen huisartsen en ziekenfondsen een hoogtepunt had bereikt (oktober 1966) , 41,8 % van de huisartsen zich zonder meer bereid verklaarde, aan één of andere vorm van p.g.o. medewerking te willen verlenen. 51,7 % wilde of kon dit niet, terwijl door 6,4 % geen antwoord op de vraag werd gegeven.
Gezien het aanzienlijke percentage van 51,7 % dat vraag 5 met "neen" beantwoordde, bleekook de vraag naar de reden van dit antwoord van bijzondere betekenis te zijn. Door 193 huisartsen die vraag 5 met "neen" beantwoordden werden hiervoor de volgende redenen opgegeven:

a. Tijdgebrek	door	89,1 %
b. Onvoldoende medewerking van de patiënten	"	8,3 %
c. Financiële redenen	"	20,2 %
d. Ontbreken van geregistreerde gegevens	"	12,4 %
e. Onvoldoende assistentie of hulpmiddelen	"	42,5 %
f. Zinloosheid van een dergelijk onderzoek	"	11,4 %
g. Praktijk te groot	"	6,2 %
h. Diverse uitingen van ontevredenheid	"	6,2 %

Bij een analyse van deze redenen valt onmiddelijk het hoge percentage "tijdgebrek" op (89,1 %).
Als tweede factor blijkt "onvoldoende assistentie of hulpmiddelen" (42,5 %) te zijn opgegeven. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat hierbij ook financiële redenen een rol spelen. "Financiële redenen" werd door 20,2 % als reden opgegeven. Het ligt dus voor de hand te veronderstellen, dat een adaequate honorering grotere deelneming aan p.g.o. zou bewerkstelligen.
Opvallend is nog dat bij 12,4 % van de huisartsen als reden wordt aangevoerd, dat geregistreerde gegevens ontbreken.
Slechts 22 artsen (11,4 % van 193) gaven aan, niet te willen medewerken, daar zij een dergelijk onderzoek zinloos vinden. Dit is 5,9 % van de 373 artsen die de enquête beantwoordden.

Vele huisartsen gaven meer dan één reden op voor het beantwoorden van vraag 5 met "neen". Hieruit blijkt, dat dikwijls een complex van factoren aansprakelijk is voor deze beantwoording. Een overzicht van het aantal redenen dat werd opgegeven volgt hieronder.

AANTAL REDENEN VOOR HET BEANTWOORDEN VAN VRAAG 5 MET "NEEN" IN % (n = 193)

geen	één	twee	drie	vier	vijf	zes	totaal
1,6	38,9	31,6	17,6	8,3	1,6	0,5	100 %

Van de 85 huisartsen die de schriftelijke enquête niet beantwoordden zijn 27 telefonisch benaderd. Van 58 artsen werden geen gegevens ontvangen. De 27 telefonisch benaderde artsen vormen een aselecte steekproef uit het totaal van 85. Bovendien werd nog nagegaan of de telefonisch benaderde en de niet meer benaderde groep met elkaar overeenkomen in verdeling naar provincie, urbanisatiegraad en aantal apotheekhoudende artsen. Tevens werd van de "telefoongroep" nagegaan wat de reden was van het niet-beantwoorden van de enquête. Het bleek dat hiervoor in hoofdzaak 4 redenen werden aangegeven, namelijk;

laksheid	13 = 48,2 %
afwezigheid	6 = 22,2 %
brieven niet ontvangen	6 = 22,2 %
te weinig praktijkervaring	2 = 7,4 %
totaal	27 =100,0 %

Ongeveer de helft van de redenen is dus te wijten aan laksheid; er bleek geen bijzondere reden te bestaan waarom door deze groep niet was geantwoord, zodat ook op deze grond geen duidelijk verschil blijkt te bestaan met de groep die wel schriftelijk heeft geantwoord.
Hieronder volgt een overzicht over de groep van geënquêteerden, die niet schriftelijk hebben geantwoord.

OVERZICHT OVER 85 GEENQUETEERDEN DIE NIET SCHRIFTELIJK GEANTWOORD HEBBEN

	58, waarvan geen antwoord bekend	telefoongroep (27)	reden, waarom niet werd geantwoord
Groningen	3	1	a:1
Friesland	5	2	a:1 c:1
Drente	1	0	
Overijssel	2	2	a:2
Gelderland	6	1	c:1
Utrecht	1	1	a:1
N.Holland	14	4	b:1 c:2 d:1
Z.Holland	14	7	b:4 a:3
Zeeland	4	2	a:1 c:1
N.Brabant	4	4	a:2 b:1 c:1
Limburg	4	3	a:2 d:1
Urbanis.graad:			
A1-A4	13	9	a:6 b:1 c:2
B1-B3	10	5	a:2 b:1 c:1 d:1
C1-C4	10	7	a:2 b:3 c:2
C5	25	6	a:3 b:1 c:1 d:1
Apotheekh.	14	12	a:7 b:3 c:1 d:1
Niet-apotheekh.	44	15	a:6 b:3 c:5 d:1

a = laksheid b = afwezigheid c = brieven niet ontvangen d = te weinig praktijkervaring

Ook op grond van dit overzicht is geen duidelijk verschil te vinden tussen de "telefoongroep"en de rest, zodat uit één en ander de conclusie is te trekken dat de "telefoongroep" representatief geacht mag worden voor alle geënquêteerden, die niet schriftelijk geantwoord hebben en dat de groep die schriftelijk of telefonisch heeft geantwoord als representatief voor het totale aantal geënquêteerde huisartsen mag gelden.

Het is zonder meer duidelijk dat tussen de vragen 1 t/m 5 een onderlinge samenhang bestaat. Een nader onderzoek naar de aard van deze samenhang werd ingesteld. Het resultaat hiervan is uit onderstaande tabel af te lezen.

BEANTWOORDING VAN EEN COMBINATIE VAN 2 VRAGEN IN PROCENTEN DOOR 373 GEEN HUISARTSEN

	ja ja	ja neen	neen na	neen neen	onb. ja	onb. neen	ja onb.	neen onb.	onb. onb.
VRAAG 1 VRAAG 2	25,5	2,9	42,1	23,1	1,3	- -	1,1	1,9	2,1
VRAAG 1 VRAAG 3	18,0	10,5	3,8	62,7	0,5	1,9	1,1	0,5	1,1
VRAAG 2 VRAAG 4	52,8	14,5	3,2	22,3	0,5	1,9	1,6	0,5	2,7
VRAAG 3 VRAAG 5	15,0	5,9	26,0	45,0	0,8	0,8	1,3	4,0	1,1
VRAAG 4 VRAAG 5	36,2	16,9	4,3	33,0	1,3	1,9	3,5	1,3	1,6

N.B. onb. = onbeslist

VRAAG 1 : acht U periodiek alg. lich.ond. in de HA-prakt. i.h.a. uitvoerbaar?
VRAAG 2 : acht U gericht p.g.o. in de HA-prakt. i.h.a. uitvoerbaar?
VRAAG 3 : acht U periodiek alg.lich.ond. in Uw prakt. uitvoerbaar?
VRAAG 4 : acht U gericht p.g.o. in Uw prakt. uitvoerbaar?
VRAAG 5 : als U verzoeken bereiken om aan één van deze vormen van geneesk. onderz. mede te werken, bent U hiertoe dan bereid?

Uit bovenstaande cijfers blijkt, dat 25,5 % van de geënquêteerden zowel algemeen als gericht p.g.o. in het algemeen uitvoerbaar acht.
42,1 % echter acht algemeen niet, maar gericht p.g.o. wel uitvoerbaar i.h.a.
23,1 % acht zowel algemeen als gericht p.g.o. i.h.a. onuitvoerbaar.

Op de vraag of algemeen p.g.o. in de eigen praktijk zowel als in het algemeen mogelijk is antwoordt 18,0 % met "ja", ;62,7 % met "neen", terwijl 10,5 % het wel uitvoerbaar acht in het algemeen maar niet in de eigen praktijk.

Geheel andere cijfers worden gevonden bij het gerichte p.g.o. : 52,8 % acht het zowel in de eigen praktijk als in het algemeen uitvoerbaar terwijl 22,3 % beide niet mogelijk acht

15,0 % acht algemeen p.g.o. in de eigen praktijk uitvoerbaar en is ook bereid, mede te werken, 45,0 % acht dit onderzoek niet mogelijk en wil ook niet eraan

De meeste positieve antwoorden vinden wij bij de analyse van de vragen 4 + 5: 36,2 % acht gericht p.g.o. in de eigen praktijk mogelijk en wil op verzoek ook medewerken, 33,0 % acht het niet mogelijk en werkt ook niet mee terwijl 16,9 % de mogelijkheid wel aanwezig acht maar niet mee wil of kan werken.

Bij de interpretatie van de beschreven combinaties is enige voorzichtigheid geboden. Als bijvoorbeeld uit de combinatie van vraag 3 met vraag 5 blijkt, dat 26,0 % alg.p.g.o. in de eigen praktijk niet uitvoerbaar acht maar wel wil meewerken, mag men dit niet als een inconsequentie beschouwen, doch dient men rekening te houden met het feit, dat de bereidheid tot medewerken hier niet zal slaan op vraag 3 maar op een andere, waarschijnlijk vraag 4.

Nagegaan werd, of door de apotheekhoudende artsen de vragen anders beantwoord werden dan door niet-apotheekhoudende, of de leeftijd en het aantal jaren praktijk hierop van invloed waren en of de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging verschillen opleverde in de beantwoording. Hieronder volgen gegevens t.a.v. de beantwoording door wel- en niet-apotheekhoudende huisartsen.

BEANTWOORDING VAN VRAAG 1 t/m 5 DOOR 372 X) APOTHEEKHOUDENDE EN NIET-APOTHEEKHOUDENDE ARTSEN IN PROCENTEN

	Vraag 1			Vraag 2			Vraag 3			Vraag 4			Vraag 5			Totaal
	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	n = 372 X)
.h.	31,5	65,8	2,7	66,7	27,0	6,3	24,3	73,9	1,8	55,0	39,6	5,4	43,2	47,7	9,0	29,8 %
ap.h.	28,4	67,8	3,8	70,1	25,3	4,6	21,1	75,9	3,1	57,5	37,9	4,6	41,4	53,6	5,0	70,2 %

X) aantal onbekenden = 1 + = ja - = neen 0 = onbeslist

Uit deze cijfers blijkt dat er slechts zeer geringe procentuele verschillen in de beantwoording van vraag 1 t/m 5 bestaan tussen wel- en niet-apotheekhoudende huisartsen. Deze verschillen zijn statistisch niet significant. Gesteld kan dus worden dat in de beantwoording van deze vragen géén verschil bestaat tussen deze twee groepen huisartsen. Opvallend is zelfs de grote overeenkomst in de beantwoording van de gestelde vragen.

Daar de mogelijkheid niet leek uitgesloten, dat de leeftijd van invloed zou kunnen zijn op de beantwoording van de vragen werd een leeftijdsverdeling gemaakt van de geënquêteerde groep en vergeleken met de totale huisartsenpopulatie van 1 januari 1965.

PROCENTUELE VERDELING IN LEEFTIJDSGROEPEN

	< 30 jr	30-39	40-49	50-59	60-69	> 69 jr	Absolute getallen
Enquête-populatie okt. '66	2,2	30,6	32,0	19,9	12,4	3,0	n = 372(1 onbekende)
Huisartsen jan. '65	1,3	34,7	29,1	22,1	10,6	2,2	n = 4416

Uit de tabel blijkt dat er weinig verschil in leeftijdsopbouw bestaat tussen de beide groepen. Slechts bij de 30-39-jarigen lijkt een relatieve teruggang te zijn opgetreden. De leeftijd van 62 % van de geënquêteerde huisartsen lag tussen 30 en 50 jaar.

De beantwoording van de vragen 1 t/m 5 door de verschillende leeftijdsgroepen wordt duidelijk uit de volgende cijfers:

BEANTWOORDING VAN VRAAG 1 t/m 5 NAAR LEEFTIJDSGROEPEN, IN PROCENTEN

	VRAAG 1		VRAAG 2		VRAAG 3		VRAAG 4		VRAAG 5		totaal
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	n= 372 x)
≤ 39 jaar	18,9	77,9	69,7	26,2	18,9	78,7	63,9	31,1	51,6	41,0	32,8 %
40-49 jaar	38,7	60,5	76,5	19,3	21,0	76,5	58,0	36,1	39,5	56,3	32,0 %
≥ 50 jaar	31,3	62,6	61,8	31,3	26,7	70,2	48,9	47,3	35,1	57,3	35,2 %

x) = aantal onbekenden = 1

In deze tabel is niet aangegeven het percentage artsen dat geen antwoord op de vragen kon geven en dat als onbeslist werd geboekt. Men kan dit direct uit de tabel terugvinden door voor elke vraag de percentages ja- en neen- antwoorden bij elkaar op te tellen en dit totaalbedrag van 100 % af te trekken.
Bij statistische toetsing van de verschillen tussen de leeftijdsgroepen in de beantwoording van de vragen 1 t/m 5 bleek het volgende:

vraag 1: De jongste groep wijkt significant af van de beide andere leeftijdsgroepen: er zijn aanzienlijk minder "ja"-en meer "neen"-antwoorden ($X^2_{(2)} = 11,65$; $P < 0,01$)

vraag 2: Ook hier bleek een significant verschil te bestaan tussen de verschillende leeftijdsgroepen.($X^2_{(2)} = 6,29$; $P < 0,05$). Hier bestaat het belangrijkste verschil tussen de leeftijdsgroepen 40-49 jaar enerzijds en 50 jaar en ouder anderzijds. Bij de laatste groep bleken duidelijk minder "ja"-antwoorden gegeven te zijn.

vraag 3: Geen significante verschillen tussen de leeftijdsgroepen.

vraag 4: Het verschil tussen de leeftijdsgroepen is hier nog juist niet significant ($X^2_{(2)} = 6,29$; $P < 0,05$)

vraag 5: Hier blijkt de jongste leeftijdsgroep duidelijk af te wijken van de beide andere groepen; het verschil tussen de groepen is dan ook significant en komt in hoofdzaak op rekening van de jongste leeftijdsgroep ($X^2_{(2)} = 7,46$; $P < 0,05$), waar een duidelijk grotere bereidheid tot medewerking ("ja" op vraag 5) blijkt te bestaan.

Ook het aantal praktijkjaren werd in het onderzoek betrokken. De verdeling van de onderzochte groep naar aantal jaren praktijk was als volgt:

PROCENTUELE VERDELING VAN 372[x] GEENQUETEERDEN NAAR AANTAL JAREN HUISARTSPRAKTIJK IN 5-JAARSGROEPEN

Aantal Praktijkjaren	<5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Percentage	13,2	22,3	17,7	13,4	8,9	8,1	7,0	4,6	4,3	0,5
Samengesteld percentage	35,5		31,2		33,3					

X) aantal onbekenden = 1

De grootste groep is hier de groep met 5-9 jaar huisartspraktijk (22,3 %). Onder de 10 jaar ligt zelfs 35,5 % van het totaal. Voor verdere bewerking werden, zoals in de tabel is te zien, de 11 5-jaarsgroepen tot 3 samengevoegd, nl.: minder dan 10 jaar praktijk, van 10-19 jaar en meer dan 20 jaar praktijk.

Beantwoording van de vragen 1 t/m 5 door deze groepen vond als volgt plaats:

BEANTWOORDING VAN VRAAG 1 t/m 5, NAAR AANTAL JAREN HUISARTSPRAKTIJK, IN PROCENTEN

	VRAAG 1		VRAAG 2		VRAAG 3		VRAAG 4		VRAAG 5		totaal
Aantal P.-JAREN	ja	neen	ja	neen	ja	neen	ja	neen	ja	neen	n=372[x]
< 10	22,7	74,2	72,7	24,2	21,2	76,5	65,2	30,3	52,3	40,9	35,5 %
10-19	33,6	65,5	71,6	23,3	16,4	81,0	51,7	42,2	34,5	60,3	31,2 %
≥ 20	33,1	60,5	62,9	29,8	29,0	67,7	52,4	43,5	37,9	54,8	33,3 %

x) aantal onbekenden = 1

Bij statistische toetsing van de verschillen tussen de groepen in de beantwoording van de vragen 1 t/m 5 bleek het volgende:

vraag 1: het verschil tussen de groepen is niet significant ($X^2_{(2)} = 4,58$; $P > 0,10$) de tendens is echter dezelfde als bij de leeftijdsgroepen, nl. een

lager percentage "ja"-antwoorden in de groep met 9 jaar of minder huisartspraktijk.

vraag 2: Geen significante verschillen.

vraag 3: Ook hier is het verschil tussen de groepen nog niet significant ($X^2_{(2)} = 5,67$; $P < 0,10$)

vraag 4: De jongste groep wijkt hier significant af van de beide groepen met langdurige praktijkervaring ($X^2_{(2)} = 5,26$; $P < 0,05$)

vraag 5: Evenals bij de vorige vraag bestaat ook hier een significant verschil tussen de jaargroepen ($X^2_{(2)} = 9,20$; $P \cong 0,01$) veroorzaakt door het afwijkende percentage in de jongste jaargroep.

Hieruit blijkt dus, dat de groep met 9 jaar of minder huisartspraktijk in de eigen praktijk significant meer mogelijkheden aanwezig acht, een gericht periodiek geneeskundig onderzoek te verrichten dan de andere groepen en dat de artsen uit deze groep ook meer bereid zijn tot het verrichten van p.g.o. in één of andere vorm in de eigen praktijk.

De verdeling van de onderzoehte groep naar urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging (zie bijlage III) wordt aangegeven in de volgende tabel:

PROCENTUELE VERDELING VAN 373 GEENQUETEERDEN NAAR URBANISATIEGRAAD

Urbanisatiegraad	A_1	A_2	A_3	A_4	B_1	B_2	B_3	C_1	C_2	C_3	C_4	C_5
Percentage	2,7	6,7	7,8	5,4	3,4	8,0	8,0	3,8	4,3	3,8	9,9	34,3
Samengesteld percentage	22,5				21,4			21,7				34,3

$A_1 - A_4$ = plattelandsgemeenten
$B_1 - B_3$ = verstedelijkte plattelandsgemeenten
$C_1 - C_4$ = stedelijke gemeenten < 100.000 inwoners
C_5 = stedelijke gemeenten > 100.000 inwoners

Hieruit blijkt dat 34,3 % van de huisartsen praktijk uitoefent in steden met meer dan 100.000 inwoners. Volgens het C.B.S. woonde in 1965 31,9 % van de Nederlandse bevolking in steden met meer dan 100.000 inwoners. De overige huisartsen zijn in 3 vrijwel gelijke groepen verdeeld over de gemeenten met de urbanisatiegraden A, B en C_{1-4}.

BEANTWOORDING VAN VRAAG 1 t/m 5 DOOR 373 GEENQUETEERDEN NAAR URBANISATIEGRAAD

	VRAAG 1		VRAAG 2		VRAAG 3		VRAAG 4		VRAAG 5		totaal
	ja	neen	ja	neen	ja	neen	ja	neen	ja	neen	n=373
A_1-A_4	28,6	69,0	65,5	28,6	25,0	73,8	58,3	36,9	44,0	51,2	22,5 %
B_1-B_3	27,5	68,8	76,3	21,3	22,5	75,0	61,3	35,0	47,5	43,8	21,4 %
C_1-C_4	24,7	72,9	70,4	25,9	17,3	80,3	56,8	38,3	40,8	54,3	21,7 %
C_5	34,4	60,9	65,6	27,3	23,4	72,7	52,3	42,2	37,5	55,5	34,3 %

Bij nadere beschouwing van deze cijfers blijken slechts geringe verschillen te bestaan in de beantwoording van de vragen 1 t/m 5 door artsen uit gemeenten met verschillende urbanisatiegraad.
Bij statistische bewerking van deze verschillen blijkt, dat voor geen der vragen significante verschillen bestaan tussen de verschillende urbanisatiegraden.

2.2.2. Conclusies

Algemeen p.g.o. wordt door de Nederlandse huisartsen in het algemeen èn in de eigen praktijk in grote meerderheid niet uitvoerbaar geacht.(resp. door 67,0 % en 75,1 %). De bereidheid tot medewerking aan deze vorm van p.g.o. is dan ook niet groot. Toch ziet 15,0 % van alle huisartsen een mogelijkheid dit onderzoek in de eigen praktijk te verrichten en is ook tot medewerking bereid.
Gericht p.g.o. wordt door de Nederlandse huisartsen in het algemeen èn in de eigen praktijk door de meerderheid wel uitvoerbaar geacht. resp. door 68,9 % en 56,6 %). De bereidheid tot medewerking aan deze vorm van p.g.o. is zéér aanzienlijk: meer dan de helft van hen, die het onderzoek uitvoerbaar achten verklaarde zich bereid tot medewerking (36,2 %). Van de huisartsen die zich niet bereid verklaarden (193) tot medewerking aan één of andere vorm van p.g.o. bleek een zeer groot deel hiertoe niet in staat door tijdgebrek (89,1 %). Andere redenen zijn: onvoldoende assistentie of hulpmiddelen (42,5 %) en financiële oorzaken (20,2 %) terwijl 11,4 % van de huisartsen aangaf de uitvoering van een vorm van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk zinloos te vinden.
Een groot aantal huisartsen is bereid aan een vorm van p.g.o. mede te werken. (41,8 %)
Door de jongere huisartsen onder 40 jaar wordt de uitvoerbaarheid van een algemeen p.g.o. nog in sterdere mate onuitvoerbaar geacht dan door de oudere.
Dit geldt eveneens, zij het in wat mindere mate, voor de artsen die minder dan 10 jaar praktijk voeren in vergelijking met de artsen die dit reeds langer doen.

Het omgekeerde geldt voor het gericht p.g.o.: meer artsen met een korte praktijkvoering en meer jonge artsen achten dit uitvoerbaar, dan oudere artsen, resp. artsen met een langduriger praktijk.
Bij jonge artsen (onder 40 jaar) en bij artsen met minder dan 10 jaar praktijk bestaat een grotere bereidheid aan één of andere vorm van p.g.o. mede te werken, dan bij resp. oudere huisartsen en artsen met 10 jaar of meer praktijk.
De opvattingen van de Nederlandse huisartsen betreffende de uitvoerbaarheid van p.g.o. in de huisartspraktijk blijken niet afhankelijk te zijn van de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging. Er is dus geen duidelijk verschil in opvatting hieromtrent aantoonbaar tussen de artsen in de steden en de plattelandsartsen. Hetzelfde geldt voor de bereidheid tot medewerking aan een vorm van p.g.o.
Ook tussen wel-en niet-apotheekhoudende huisartsen bestaat geen verschil van opvatting over de uitvoerbaarheid van p.g.o. in de huisartspraktijk en geen verschil in bereidheid tot medewerking aan een dergelijk onderzoek.

3. Vergelijking van de resultaten van eigen onderzoek met de literatuurgegevens

Uit de literatuur blijkt dat men in het algemeen de huisarts beschouwt als de aangewezen persoon voor de uitvoering van p.g.o. Slechts enkele huisartsen zouden echter bereid zijn, aan p.g.o. deel te nemen. Uit de enquête blijkt dit niet. Zelfs een tamelijk hoog percentage (41,8 %) van de huisartsen verklaarde zich bereid aan één of andere vorm van p.g.o. deel te nemen.
Van de huisartsen die zich niet tot deelneming aan p.g.o. bereid verklaarden geeft 42,5 % aan dat één van de redenen hiervoor is: "Onvoldoende assistentie of hulpmiddelen". Dit stemt overeen met de conclusies uit de literatuur.
De factor tijdgebrek komt zowel in de literatuur als uit de enquête als voornaamste belemmerende factor naar voren.
Uit de enquête blijkt, dat gericht p.g.o. zowel in het algemeen als in de eigen praktijk door een groot percentage van de huisartsen uitvoerbaar geacht wordt en dat velen hieraan medewerking willen verlenen (36,2 % van het totale aantal huisartsen). In de literatuur acht men gericht p.g.o., mits duidelijk omschreven en met voldoende assistentie uitgevoerd, eveneens voor mogelijk.
Gegevens over de invloed van leeftijd en aantal praktijkjaren van de arts, van de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging, van het geslacht van de arts, van het al of niet gepromoveerd zijn van de arts en van de wel-of niet apotheekhoudendheid van de huisartspraktijk t.a.v. het gestelde probleem werden nergens in de literatuur gevonden, zodat de uit de enquête gevonden gegevens de enige op dit gebied zijn en vergelijking niet mogelijk is.

4. Samenvatting

Door middel van een enquête bij een representatieve steekproef van de Nederlandse huisartsenpopulatie werd getracht een inzicht te verkrijgen over de opvattingen van de Nederlandse huisartsen ten aanzien van de uitvoerbaarheid van algemeen en gericht periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk en over de bereidheid van de Nederlandse huisartsen aan een vorm van p.g.o. deel te nemen.
De resultaten van het onderzoek werden vergeleken met gegevens uit de op dit onderwerp betrekking hebbende literatuur.

EZONDHEIDS-
RGANISATIE

Leiden, oktober 1966.

Geachte Collega,

Naar aanleiding van een klein door ons in te stellen orienterend onderzoek naar de uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk, zouden wij het zeer op prijs stellen indien U bijgaande vragen wilt beantwoorden.

De gegevens worden door ons uitsluitend verwerkt om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden en blijven onder onze berusting. Een positieve beantwoording houdt dus niet in dat U in de toekomst tengevolge van dit rapport onzerzijds verzoeken voor medewerking aan periodiek geneeskundig onderzoek zouden bereiken.

In verband met de urgentie van dit onderzoek verzoeken wij U per omgaande terugzending van het enquête-formulier.

Met hartelijke dank voor Uw bijdrage, verblijven wij

met collegiale hoogachting,

J. H. N. DE BRUYN
W. H. VAN DIJK
W. A. ROESSINGH

TELEFOON 01710-30940 — TELEGRAMADRES: PREVMED

1936

B3

Doorstrepen wat NIET van toepassing is

Acht U *periodiek ALGEMEEN lichamelijk onderzoek* in de huisartsenpraktijk in het algemeen uitvoerbaar ? — ja — neen

Acht U *GERICHT periodiek geneeskundig onderzoek* in de huisartsenpraktijk in het algemeen uitvoerbaar ? — ja — neen

Acht U *periodiek ALGEMEEN lichamelijk onderzoek* in *Uw praktijk* uitvoerbaar ? — ja — neen

Acht U *GERICHT periodiek geneeskundig onderzoek* in *Uw praktijk* uitvoerbaar ? — ja — neen

Als U verzoeken bereiken om aan één van deze vormen van geneeskundig onderzoek mede te werken, *bent U hiertoe dan bereid ?* — ja — neen

Indien U vraag 5 ontkennend hebt beantwoord, wat is dan hiervan de reden ?

a. Tijdgebrek ? — ja — neen
b. Onvoldoende medewerking patienten ? — ja — neen
c. Financiële redenen ? — ja — neen
d. Ontbreken van geregistreerde gegevens ? — ja — neen
e. Onvoldoende assistentie of hulpmiddelen ? — ja — neen
f. Zinloosheid van een dergelijk onderzoek ? — ja — neen
g. Andere redenen ? — ja — neen

Zo ja, welke andere redenen ?

.....

Wat is Uw leeftijd ? 55 jaar

Hoeveel jaren oefent U de huisartsenpraktijk uit ? ± 30 jaar

A

3082

GEZONDHEIDS-
ORGANISATIE
TNO

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE

Bijlage II

No.:
LT

LEIDEN, 20 October 1966

Onderwerp:

Geachte Collega,

In aansluiting aan ons schrijven betreffende periodiek geneeskundig onderzoek wenden wij ons opnieuw tot U, omdat wij van U het enquêteformulier nog niet terugontvingen.

Uit een aantal reacties bleek ons dat men zich heeft afgevraagd in welk kader deze enquête plaatsvond. Graag verschaffen wij hierover het antwoord.

Ondergetekenden zijn belast met de uitvoering van een project, dat op verzoek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde is ingesteld in het kader van epidemiologische werkgroepen.

Zoals bij alle enquêtes is het van het grootste belang een zo volledig mogelijke informatie van de geënquêteerden te ontvangen, ten einde een juist inzicht te verkrijgen over het onderwerp. Daar wij tot dusver 60% van de uitgaande kaarten weer terugontvingen, doen wij een hernieuwd beroep op Uw collegiale medewerking en verzoeken U ingesloten enquêtekaart ingevuld te retourneren.

Wij hopen dat het mogelijk zal zijn dit onderzoek op zodanige wijze te bewerken, dat het te zijner tijd in "Huisarts en Wetenschap" gepubliceerd zal kunnen worden.

Met collegiale hoogachting,

J.H.N. de Bruyn, huisarts

W.H. van Dijk, studentenarts

W.A. Roessingh, oud-huisarts

WASSENAARSEWEG 56 – LEIDEN – POSTBUS 124 – GIRO 202277
TELEFOON 01710-50940* – TELEGRAMADRES: PREVMED

Urbanisatiegraden (volgens Centraal Bureau voor de Statistiek)

A. Plattelandsgemeenten met agrar. mnl. beroepsbevolking < 20%

A.1. Agrarische mnl. bevolking > 50%

Grootste woonkern < 2.000 inw.

A.2. Agrarische mnl. bevolking 40 - < 50%

Grootste woonkern < 2.000 inw.

A.3. Agrarische mnl. bevolking 30 - < 40%

Grootste woonkern < 2.000 inw.

A.4. Agrarische mnl. bevolking 20 - < 30%

Grootste woonkern < 2.000 inw.

B. Verstedelijkte plattelandsgemeenten met agrar. mnl. beroepsbevolking < 20%

B.1. Grootste woonkern < 5.000 inw.

B.2. Woonkern 5.000 - < 30.000 inw.

B.3. Specifieke forensengemeenten

Grootste woonkern 5.000 - < 10.000 inw.

C. Stedelijke gemeenten

stedelijke woonkern!

C.1.: inw. 2.000 - < 10.000 (plattelandsstadjes)

C.2.: inw. 10.000 - < 30.000 (kleine steden)

C.3.: inw. 30.000 - < 50.000)
) (middelgrote steden)
C.4.: inw. 50.000 - < 100.000)

C.5.: inw. > 100.000 (grote steden)

Bijlage IV

Bloemlezing van opmerkingen op het enquêteformulier

1. Het is alles een kwestie van geld en onbekrompen overheidsbeleid!
2. Alleen tegen betaling bereid, niet voor fonds.
3. Zolang de huisarts steeds meer als vergaar- en prullebak fungeert, acht ik deze onderzoekingen nog niet aangewezen.
4. Ik kan mijn gezin dit niet aandoen.
5. Vader huisarts, reeds op 60 jaar een coronair infarct. Doe thans dus 2 praktijken en ben niet van plan dit te itereren.
6. De huisarts voelt zich een controlerende robot en de patiënt voelt zich een motor, die zijn servicebeurt krijgt.
7. Dit is geestdodende arbeid (p.g.o.).
8. Waar een wil is, is een weg.
9. Geld is ondanks het onaangename woord toch voor alles nodig, tenzij men in een geheel andere staatsvorm wil belanden.
10. Volgens voorstel L.H.V. oktober '63 stelt men het aantal werkdagen op 223. Voor een uitvoerig algemeen onderzoek mag men toch wel 2 uur stellen. Voor de normatieve praktijk dus 6000 uur. Dit gedeeld op het aantal werkdagen geeft ruim 27 uur per dag extra. De dag duurt echter maar 24 uur en was al bezet.
11. Uw formulier is van het "fuiktype", hetgeen misschien gebruikelijk mag zijn in het handelsleven, doch niet past in het contact tussen wetenschappelijke werkers.
12. Met stijgende verbazing las ik de reeks vragen.

6. Overzicht van de geraadpleegde literatuur

1. Annotation,
Periodic medical examination.
Brit. med. J. 2 (1954) 1095

2. Beek, A.,
Periodiek geneeskundig onderzoek. De uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk.
Assen, Van Gorcum en Comp. N.V., 1966

3. Bekius, H.J.,
Ervaringen met het kennismakingsonderzoek.
Med. Cont. 18 (1963) 655-6

4. Bergsma, J.J.,
Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk.
Dissertatie Nijmegen, 1966

5. Cate, R.S. ten,
Preventief (periodiek) geneeskundig onderzoek in een huisartsenpraktijk.
Huisarts en Wetenschap 8 (1965) 81

6. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek v.h. N.H.G.,
Periodiek geneeskundig onderzoek.
Huisarts en Wetenschap 4 (1961) 82-4

7. Cook, W.L.,
Periodic health examinations.
Arch. Ind. Hyg. Occ. Med. 7 (1953) 241-8

8. Dool, C.W.A. van den,
Het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten.
Dissertatie Leiden, 1960

9. Fisher, P.,
Annual physical examination.
J.A.M.A., 157 (1955) 562

10. Franco, S.C., A.J. Gerl and G.T. Murphy,
Periodic health examinations; a long term study, 1949-1959.
Journal of Occ. Med. 3 (1961) 13

11. Fuldauer, A.,
Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk.
Dissertatie Leiden, 1966

12. Gezondheidsraad,
Periodiek geneeskundig onderzoek.
Versl. Volksgezondh. 2 (1960) 1523-48

13. Goor, I.A. van,
Huisarts en preventieve gezondheidszorg.
Dissertatie Leiden, 1961

14. Heide, R.M. van der,
Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3.091 gezonde mannen en vrouwen, 40-65 jaar oud.
Dissertatie Amsterdam, 1959

15. Ingalls, T.H. and J.E. Gardon,
Amer. J. Med. Sci. 251 (1966)333

16. J.A.M.A. Editorials and comments,
Periodic health examinations.
J.A.M.A. 153 (1953) 1449-50

17. Lahr, J.H.F.,
De huisarts en het periodiek onderzoek. Voordracht dd. 11-10-'57 op het congres v.d. Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst te Deventer.
Med. Cont. 13 (1958) 100-4

18. Lahr, J.H.F.,
Periodiek geneeskundig onderzoek.
Huisarts en Wetenschap 4 (1961) 82

19. Langen, C.D. de,
Het periodiek algemeen onderzoek.
Tijdschrift Soc. Geneeskunde 35 (1957) 556

20. Lashof, J.C., and I.R. Turner,
Periodic evaluation of outpatients.
Arch. environm. Hlth. 8 (1964) 531

21. Mertens, A.,
Rapport van de commissie periodiek geneeskundig onderzoek van de Kon. Ned. Mij. t. Bevordering der Geneeskunst.
Med. Cont. 15 (1960) 39-49

22. Wassink, W.F.,
Periodiek geneeskundig onderzoek speciaal ten behoeve van de kankerbestrijding.
Tijdschr. v. Soc. Geneesk. 24 (1946) 226-30.